



เลขที่.....

ใบสำคัญรับเงิน

วันที่.....เดือน.....คกรกคคค.....พ.ศ.๒๕๖๑

ข้าพเจ้า.....นางกันยรัตน์...จิตนาธรรม.....อยู่บ้านเลขที่.....๑๒๑๙.....หมู่ที่.....๔.....ตำบล.....คลองขุด.....
อำเภอ.....เมืองสตูล.....จังหวัด.....สตูล.....ได้รับเงินจาก กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลคลองขุด
ที่อยู่ ๘๘๑ หมู่ที่ ๖ ตำบลคลองขุด อำเภอเมือง จังหวัดสตูล..... ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
- ค่าตอบแทนในการออกติดตามประเมินผลการดำเนินโครงการที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลคลองขุด สำหรับคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการกองทุนฯ (โครงการรณรงค์ด้านภัยโรคไข้เลือดออก หมู่ที่ ๗ บ้านคลองขุดเหนือ) โดยกลุ่มอาสาพัฒนาสาธารณสุข หมู่ที่ ๗ บ้านคลองขุดเหนือ	๒๐๐	๐๐
	๒๐๐	๐๐

จำนวนเงิน.....(สองร้อยบาทถ้วน).....บาท

(ลงชื่อ).....กันยรัตน์.....ผู้รับเงิน

(นางกันยรัตน์ จิตนาธรรม)

คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ

เทศบาลตำบลคลองขุด

(ลงชื่อ).....[Signature].....ผู้จ่ายเงิน

(นางเกศวรางค์ สารบัญญัติ)

หัวหน้าฝ่ายบริการสาธารณสุข

วันที่.....เดือน.....คกรกคคค.....พ.ศ. ๒๕๖๑



เลขที่.....

ใบสำคัญรับเงิน

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.๒๕๖๑

ข้าพเจ้า.....นางอุไร.....มณีโสภา.....อยู่บ้านเลขที่..... ๓๖๒.....หมู่ที่.....๑.....ตำบล.....คลองขุด.....
อำเภอ.....เมืองสตูล.....จังหวัด.....สตูล.....ได้รับเงินจาก กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลคลองขุด
ที่อยู่ ๘๘๑ หมู่ที่ ๑ ตำบลคลองขุด อำเภอเมือง จังหวัดสตูล..... ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
- ค่าตอบแทนในการออกติดตามประเมินผลการดำเนินโครงการที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลคลองขุด สำหรับคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการกองทุนฯ (โครงการรณรงค์ด้านภัยโรคไข้เลือดออก หมู่ที่ ๗ บ้านคลองขุดเหนือ) โดยกลุ่มอาสาพัฒนาสาธารณสุข หมู่ที่ ๗ บ้านคลองขุดเหนือ	๒๐๐	๐๐
	๒๐๐	๐๐

จำนวนเงิน.....(สองร้อยบาทถ้วน).....บาท

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน

(นางอุไร มณีโสภา)

คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ

เทศบาลตำบลคลองขุด

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน

(นางเกศวรางค์ สารบัญญัติ)

หัวหน้าฝ่ายบริการสาธารณสุข

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.๒๕๖๑



เลขที่.....

ใบสำคัญรับเงิน

วันที่ ๑๗ เดือน กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๑

ข้าพเจ้า.....นางเกศวรางค์.....สารบัญญัติ.....อยู่บ้านเลขที่.....๒๔๑.....หมู่ที่.....๕.....ตำบล.....บ้านควน.....
อำเภอ.....เมืองสตูล.....จังหวัด.....สตูล.....ได้รับเงินจาก กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลคลองขุด
ที่อยู่ ๘๙๑ หมู่ที่ ๖ ตำบลคลองขุด อำเภอเมือง จังหวัดสตูล.....ตั้งรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
- ค่าตอบแทนในการออกติดตามประเมินผลการดำเนินโครงการที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลคลองขุด สำหรับคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการกองทุนฯ (โครงการรณรงค์ด้านภัยโรคไข้เลือดออก หมู่ที่ ๗ บ้านคลองขุดเหนือ) โดยกลุ่มอาสาพัฒนาสาธารณสุข หมู่ที่ ๗ บ้านคลองขุดเหนือ	๒๐๐	๐๐
	๒๐๐	๐๐

จำนวนเงิน.....(สองร้อยบาทถ้วน).....บาท

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน

(นางเกศวรางค์ สารบัญญัติ)

คณะอนุกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ
เทศบาลตำบลคลองขุด

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน

(นางเกศวรางค์ สารบัญญัติ)

หัวหน้าฝ่ายบริการสาธารณสุข

วันที่ ๑๗ เดือน กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๑